Оптимизация родоразрешения беременных с миомой матки

Д.м.н. А.Н. РЫМАШЕВСКИЙ[1], асп. А.Е. САМСОНОВ[1], к.м.н., асс. Л.А. ТЕРЕХИНА[1], асп. Е.Д. ЮДИНА[1], гл. врач В.И. НЕЧАЮК[2]

Optimization of delivery in pregnant women with uterine myoma

A.N. RYMASHEVSKY, A.E. SAMSONOV, L.A. TEREKHINA, E.D. YUDINA, V.I. NECHAYUK

[1]Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — д.м.н. А.Н. Рымашевский) Ростовского государственного медицинского университета; [2]родильный дом №5 (гл. врач — В.И. Нечаюк), Ростов-на-Дону

Изучены клинические особенности использования гемостатика группы антифибринолитиков транексамовой кислоты у 25 женщин с миомой матки больших размеров или с множественной миомой матки. Контрольную группу составили 75 пациенток, родоразрешенных абдоминальным путем с проведением консервативной миомэктомии, не получавших транексамовой кислоты. Установлено, что применение транексамовой кислоты при кесаревом сечении и миомэктомии у беременных с множественной или больших размеров миомой матки позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери и сократить время операции.

Ключевые слова: миома матки больших размеров и беременность, кесарево сечение, миомэктомия, транексамовая кислота.

The clinical features of use of tranexamic acid, a hemostatic of a group of antifibrinolytics, were studied in 25 women with large or multiple uterine myoma. A control group included 75 patients undergoing abdominal delivery via medical myomectomy, who received no tranexamic acid. The use of the latter during cesarean section and myomectomy in pregnant women with multiple or large uterine myoma was found to reduce the volume of intraoperative blood loss and the time of surgery.

Key words: large uterine myoma, pregnancy, cesarean section, myomectomy, tranexamic acid.

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью половых органов женщины; она встречается у 7,8—28% женщин [1].

По данным разных авторов, сочетание миомы матки и беременности отмечается в 0,5—6% наблюдений. В возрасте старше 35 лет миома матки выявляется у каждой 4—5-й беременной [1].

Известно, что миома осложняет течение беременности и родов, в связи с чем отмечается высокая частота оперативных вмешательств и акушерских пособий у данной категории женщин. Величина кровопотери при проведении кесарева сечения (КС) этим пациенткам, даже без расширения объема операции, может быть значительной. Если кровопотеря при КС составляет от 500 до 1000 мл, то при увеличении объема операции за счет консервативной миомэктомии или ампутации матки она в среднем возрастает до 1300 мл [2, 4]. В связи с этим актуальной становится проблема поиска профилактических мероприятий, снижающих кровопотерю во время оперативного родоразрешения женщин с миомой матки.

Сегодня актуальны альтернативные методы профилактики и лечения кровопотери в акушерстве, которые являются разновидностями кровосберегающей хирургии: предоперационная заготовка аутоплазмы, интраоперационная реинфузия эритроцитов, использование препаратов, повышающих коагуляционный потенциал крови [2].

Существует большое количество гемостатических средств, выбор которых при лечении акушерских кровотечений определяется выраженностью кровотечения, способом введения препарата, временем начала гемостатического действия, побочными эффектами и др. [3].

Целью данной работы явилась оценка эффективности использования транексамовой кислоты в качестве антифибринолитика для профилактики кровотечения при оперативном родоразрешении женщин с миомой матки больших размеров и множественной миомой.

Материал и методы

В исследование были включены 100 беременных с множественной и/или больших размеров миомой матки, родоразрешенных в МЛПУЗ «Родильный дом №5» Ростова-на-Дону с 2007 по 2009 г. Были сформированы две группы: 1-ю группу (контрольную) составили 75 женщин, родоразрешенных оперативным путем с проведением консервативной миомэктомии. 2-ю группу (основную) — 25 пациенток, у которых для профилактики массивной кровопотери при оперативном родоразрешении применялась транексамовая кислота.

В качестве больших узлов нами рассматривались субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы диаметром 8—15 см и субмукозно-интерстициальные диаметром более 5 см. При диаметре узла более 15 см он считался гигантским [1—3]. В исследование мы не включили пациенток с предлежанием плаценты.

© Коллектив авторов, 2011

e-mail: rymashevskyan@mail.ru

Транексамовая кислота, раствор для внутривенного введения, вводилась в дозе 750 мг на 200 мл раствора натрия хлорида 0,9% струйно после извлечения новорожденного во время операции КС. Другие антифибринолитические средства не использовались.

Оценка эффективности транексамовой кислоты проводилась по следующим критериям:

— оценивался интраоперационный объем кровопотери;

— проведенная трансфузионная терапия: объем (количество миллилитров и/или доз/единиц) эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, криопреципитата;

— длительность операции.

Схема наблюдения за пациентами включала регистрацию показателей красной крови и гемостазиограммы на этапах исследования: 1) исходные данные (до оперативного родоразрешения — до введения исследуемого препарата); 2) в конце операции; 3) через 24 ч после операции; 4) через 72 ч после операции.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин варьировал от 19 до 43 лет, составив в среднем 28,5±4,5 года в 1-й группе и 26,4±3,5 года во 2-й ($p>0,05$).

По акушерско-гинекологическому анамнезу, соматическому статусу группы были сопоставимы.

Физиологическое течение беременности зарегистрировано у 40 (53,3%) пациенток 1-й группы и соответственно у 12 (48%) пациенток 2-й группы. Акушерские осложнения в обеих группах наблюдались с одинаковой частотой.

Из 100 беременных с миомой матки больших и гигантских размеров 84 были госпитализированы в отделение патологии беременных с целью предоперационной подготовки.

Родоразрешение проводилось в сроке беременности 39—40 нед.

Всем женщинам при поступлении в родильный дом проведено УЗИ, в результате которого были выявлены миоматозные узлы диаметром от 5 до 28 см, количеством от одного до 10, располагающиеся преимущественно на передней и задней стенках матки, а также в области дна. У 2 пациенток миома гигантских размеров (до 16 см в диаметре) располагалась в области перешейка.

По локализации миоматозные узлы были субсерозными 0, I и II типов, интерстициальными (интрамуральные) и субмукозно-интерстициальными.

Оперативное родоразрешение в обеих группах проводилось в основном в плановом порядке. Однако 14 пациенткам 1-й группы КС было проведено в экстренном порядке в связи с дородовым излитием околоплодных вод или началом родовой деятельности. В 2 наблюдениях показанием к экстренному оперативному родоразрешению было нарастание тяжести гестоза.

Все женщины были прооперированы под регионарной анестезией.

В большинстве случаев проводилась лапаротомия по Пфанненштилю, у 14 женщин была выбрана нижнесрединная лапаротомия (6 пациенток 1-й и 8 — 2-й группы) в связи с наличием рубца после предыдущей операции. У одной пациентки выполнена срединная лапаротомия из-за гигантского размера узла.

КС выполняли поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. Разрез на матке восстанавливали двухрядным непрерывным швом с последующей перитонизацией.

Техника удаления миоматозных узлов зависела от их расположения. Как правило, миомэктомию осуществляли после извлечения плода и последа. Затем восстанавливали целостность матки.

При узлах субмукозно-интерстициальной локализации миомэктомию проводили со стороны полости матки до зашивания разреза на ней. Ложе узлов восстанавливали отдельными швами.

При субсерозных миомах на тонком основании ножку узла прошивали и перевязывали у основания с последующим его отсечением.

При субсерозных миомах на широком основании и субсерозно-интерстициальных, а также ряде интрамуральных узлов удаление начинали со вскрытия капсулы, затем частично острым, частично тупым путем вылущивали узел. Ложе зашивали отдельными рассасывающимися синтетическими швами: первый ряд — мышечно-мышечный, второй — серозно-мышечный.

В тех случаях, когда операция КС осложнялась гипотонией матки, мы использовали методику перевязки внутренних подвздошных артерий.

Антибактериальная профилактика проводилась интраоперационно однократно.

Лабораторные показатели крови до операции и после нее в исследуемых группах были сопоставимы. Достоверных различий нами не отмечено ($p>0,05$), что наглядно отражено в табл. 1.

Аналогично достоверно не различались лабораторные показатели крови через 24 и 72 ч после операции среди пациенток 1-й и 2-й групп исследования (табл. 2).

Достоверно различалась длительность операции в той и другой группе. Так, в 1-й группе длительность операции в среднем составила 102±4,5 мин, во 2-й группе — 87±3,5 мин ($p<0,05$).

При сравнении объема интраоперационной кровопотери выявлены достоверные различия: так, во 2-й группе кровопотеря составила от 600 до 1000 мл, в среднем 735±120 мл, в контрольной группе объем кровопотери составил от 800 до 1500 мл, в среднем 1125±133 мл. На наш взгляд, эти различия могут быть связаны с уменьшением капиллярных кровотечений и уменьшением количества дополнительных гемостатических швов.

Интраоперациоый объем трансфузии препаратов крови достоверно различался в обеих группах. Так, 7 (9,3%) пациенткам 1-й группы потребовалось переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы, во 2-й группе переливание компонентов крови не проводилось.

Осложнений в послеоперационном периоде у пациенток исследуемых групп нами не отмечено. Средняя длительность пребывания в послеродовом отделении была сопоставима в обеих группах и составила в среднем 8 сут.

Перинатальных потерь в нашем исследовании не было. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар в обеих группах достоверных различий не имела. Во 2-й группе состояние 24 (96%) новорожденных оценено по шкале Апгар на 7 и 8 баллов, в 1-й группе такую оценку получили 69 (92%) детей. Состояние одного (4%) ребенка 2-й группы и 5 (6,7%) новорожденных 1-й группы оценено на 7 и 7 баллов. Один (1,3%) новорожденный 1-й груп-

Таблица 1. **Лабораторные показатели крови до и после операции у пациенток обследованных групп**

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Гемоглобин, г/л	118,2±0,3	101,4±0,3	116,6±0,2	100,8±0,4
Гематокрит	0,35±0,02	0,38±0,03	0,38±0,3	0,38±0,04
Эритроциты, $\cdot 10^{12}$/л	4,01±0,1	3,31±0,3	3,92±0,3	3,21±0,2
Лейкоциты, $\cdot 10^{9}$/л	9,12±0,24	10,3±0,12	9,02±0,13	10,2±0,13
Тромбоциты, $\cdot 10^{9}$/л	225,5±2,95	220,3±3,56	223,5±3,44	220,2±3,45
СОЭ, мм/ч	20,6±1,3	27,6±2,9	20,6±1,02	26,7±2,1
Свертываемость по Сухареву	1 мин 24 с 3 мин 35 с	1 мин 25 с 3 мин 51 с	1 мин 22 с 3 мин 33 с	1 мин 21 с 3 мин 45 с
Количество фибриногена, г/л	3,54±0,21	3,53±0,3	3,5±0,23	3,54±0,2
Тромботест	V	V	V	V
Билирубин общий, мкмоль/л	8,77±2,0	8,97±1,7	8,75±1,24	8,77±1,8
ПТИ, %	85,7±2,1	85,5±2,9	93,3±3,5	85,7±2,0
Время рекальцификации, с	95,6±0,5	95,6±0,71	95,5±0,6	95,7±0,75
Гепариновое время, с	41,1±0,2	41,1±0,3	40,4±0,21	41,2±0,32

Таблица 2. **Лабораторные показатели крови через 24 и 72 ч после операции у пациенток обследованных групп**

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	через 24 ч	через 72 ч	через 24 ч	через 72 ч
Гемоглобин, г/л	103,5±1,0	108,3±0,5	104,6±0,9	108,2±0,45
Гематокрит	0,38±0,03	0,37±0,01	0,39±0,02	0,38±0,02
Эритроциты, $\cdot 10^{12}$/л	3,3±0,24	3,54±0,4	3,32±0,31	3,74±0,37
Лейкоциты, $\cdot 10^{9}$/л	12,38±1,6	10,27±1,7	11,38±1,34	9,87±1,55
Тромбоциты, $\cdot 10^{9}$/л	216,4±4,2	221,5±3,95	215,3±3,8	220,4±3,7
СОЭ, мм/ч	26,7±0,7	21,1±0,81	25,7±0,6	20,9±0,9
Свертываемость по Сухареву	1 мин 31 с 3 мин 55 с	1 мин 38 с 3 мин 32 с	1 мин 34 с 3 мин 53 с	1 мин 37 с 3 мин 35 с
Количество фибриногена, г/л	3,45±0,1	3,34±0,2	3,45±0,12	3,36±0,1
Тромботест	V	V	V	V
Билирубин общий, мкмоль/л	9,25±1,78	8,67±1,6	9,27±0,8	8,67±1,67
ПТИ, %	89,1±1,4	90,3±2,5	89,3±1,7	90,2±1,8
Время рекальцификации, с	96,4±0,5	95,1±0,65	97,5±0,7	96,2±0,7
Гепариновое время, с	42,1±0,23	41,1±0,2	42,2±0,3	41,1±0,3

пы получил оценку по шкале Апгар 5 и 6 баллов соответственно на 1-й и 5-й минутах.

Выводы

1. Использование гемостатического препарата — транексамовой кислоты позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери и, следовательно, уменьшить применение донорских компонентов крови при кесаревом сечении и миомэктомии у беременных с множественной и/или больших размеров миомой матки.

1. Применение антифибринолитика (транексамовой кислоты) позволяет сократить время операции, не вызывает побочных эффектов и не требует предварительного проведения гемостазиограммы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кулаков В.И., Шмаков Г.С.* Миомэктомия и беременность. М: МЕДпресс-информ 2001; 342.
2. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.03.2008 г. №1812-ВС «О методическом письме «Кровотечения в послеродовом периоде».
3. *Барышев Б.А.* Современные подходы к инфузионно-трансфузионной терапии акушерских кровотечений. Журн акуш и жен бол 2003; 1: 66—71.
4. *Кузьминых Т.У.* Акушерские кровотечения (тактика, принципы инфузионно-трансфузионной терапии). Журн акуш и жен бол 2003; 2: 122—130.